

Đơn Khiếu Nại



Trước khi nộp đơn khiếu nại

Trước khi nộp đơn khiếu nại đến Ủy Ban, quý vị nên liên lạc với Dịch Vụ Điều Tra (Inquiry Service) qua số **(02) 9219 7444** hoặc miễn phí trong NSW qua số **1800 043 159** để bàn về khiếu nại hoặc được giúp đỡ.

Dịch Vụ Phiên Dịch và Thông Ngôn

Nếu quý vị cần thông dịch viên, hãy liên lạc với Dịch Vụ Phiên Dịch và Thông Ngôn (TIS National) qua số **131 450** và yêu cầu được chuyển đến Ủy Ban qua số **1800 043 159** (Thứ Hai đến Thứ Sáu 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều).

Tôi Muốn Nộp Đơn Khiếu Nại Đến Ủy Ban Giải Quyết Khiếu Nại Dịch Vụ Y Tế (Health Care Complaints Commission) – chi tiết của tôi là:

Ông/Bà/Cô (khác) _____ Tên _____ Họ _____

Địa chỉ _____

Số vùng _____ Tiểu bang _____

Điện thoại: (trong giờ làm việc) _____ (sau giờ làm việc) _____

Điện thoại lưu động _____ Fax _____

Địa chỉ E-mail _____

Ngày sinh ____/____/_____

Ngôn ngữ quý vị thông thạo (nếu không phải là tiếng Anh) là _____

Cách tốt nhất liên lạc với tôi là _____

Tôi đã nói chuyện với Nhân Viên Điều Tra (Inquiry Officer) trước khi nộp đơn khiếu nại này.

Có **Không**

Tôi nộp đơn khiếu nại này cho: **Chính tôi** (đi đến trang 2 của đơn này)

Người khác (điền các chi tiết dưới đây)

Chi tiết của người nhận dịch vụ y tế:

Ông/Bà/Cô (khác) _____ Tên _____ Họ _____

Địa chỉ _____

Số vùng _____ Tiểu bang _____

Điện thoại (trong giờ làm việc) _____ (sau giờ làm việc) _____

Điện thoại lưu động _____ Fax _____

Địa chỉ E-mail _____

Ngày sinh ____/____/_____

Người nhận dịch vụ y tế đã qua đời? **Có** (nếu có hãy đi đến trang kế) **Không**

Người đó có biết quý vị đang khiếu nại? **Có** **Không**

Mối liên hệ giữa tôi với người này (ví dụ như chị em, cha mẹ, người chăm sóc) _____

Ngôn ngữ người này thông thạo (nếu không phải là tiếng Anh) là _____

Vietnamese – Tiếng Việt Nam

Ủy Ban cần sự đồng ý của người nhận dịch vụ y tế để Ủy Ban có thể yêu cầu được chuyển giao hồ sơ bệnh lý, nếu cần. Nếu quý vị khiếu nại dùm một người khác, vui lòng yêu cầu họ ký tên đồng ý nếu được.

Tôi, _____, đồng ý cho Ủy Ban được yêu cầu giao cho hồ sơ bệnh lý với mục đích duyệt xét đơn khiếu nại này.

Chữ ký _____ Ngày ____/____/____

Trước khi quý vị gửi đơn này, vui lòng kiểm tra quý vị đã:

- Hoàn tất điền đơn khiếu nại
- Cung cấp chi tiết nhân viên cung cấp dịch vụ
- Ghi rõ mối lo âu của quý vị
- Kèm bản phụ của những tài liệu hoặc chi tiết khác. Vui lòng đừng gửi bản chính gốc.

Vui lòng gửi các chi tiết đến:

The Commissioner
Health Care Complaints Commission
Locked Mail Bag 18
STRAWBERRY HILLS NSW 2012

Quý vị có thể liên lạc với chúng tôi

Điện thoại: (02) 9219 7444 Miễn phí trong NSW: 1800 043 159

Điện thư : (02) 9281 4585

TTY (dành cho người điếc): (02) 9219 7555

E-mail: hccc@hccc.nsw.gov.au

Website: www.hccc.nsw.gov.au

Cung cấp chi tiết giả mạo hoặc gian trá cho Ủy Ban là phạm luật

Bảo Mật

Ủy Ban sẽ không tiết lộ bất cứ chi tiết nào do quý vị cung cấp ngoại trừ khi dùng vào việc điều tra đơn khiếu nại chiếu theo Đạo Luật Điều Tra Khiếu Nại Dịch Vụ Y Tế

Vui lòng cho chúng tôi biết, làm sao quý vị biết về Ủy Ban ?

- Internet
- Sổ điện thoại niên giám
- Sổ thông tin/tranh quảng cáo
- Tham dự những buổi hội họp
- Gia đình/bạn bè
- Nhân viên cung cấp dịch vụ y tế
- Trước đây tôi đã khiếu nại với Ủy Ban
- Khác (vui lòng nói rõ) _____